

**GAMBARAN FUNGSI KOGNITIF PADA RESPONDEN
GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS
SEBELAS MARET (UNS) SURAKARTA**



**Disusun Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Studi Strata I
Pada Jurusan Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan**

Oleh:

LALANG AKHSANUL INSAN
J210170157

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2021**

HALAMAN PERSETUJUAN

**GAMBARAN FUNGSI KOGNITIF PADA RESPONDEN GAGAL
JANTUNG DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS SEBELAS MARET (UNS)
SURAKARTA**

PUBLIKASI ILMIAH

oleh:

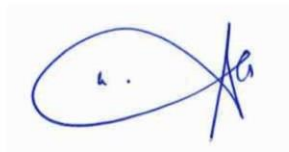
LALANG AKHSANUL INSAN

J210.170.157

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen

Pembimbing



Ns. Dian Hudiyawati, S.Kep., M.Kep.

NIK. 100.1775

HALAMAN PENGESAHAN

GAMBARAN FUNGSI KOGNITIF PADA PASIEN GAGAL JANTUNG
DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS SEBELAS MARET (UNS)

SURAKARTA

Oleh:

LALANG AKHSANUL INSAN

J210170157

Telah Dipertahankan di hadapan Dewan Penguji

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Surakarta

Pada Tanggal : 28 Mei 2021

Dewan penguji :

1. Dian Hudiyawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
(Ketua Dewan Penguji)
2. Dr. Fahrur Nur Rosyid, S.Kep., Ns., M.Kes.
(Anggota I Dewan Penguji)
3. DR. Faizah Betty R. A., S.Kep., M.Kes.
(Anggota II Dewan Penguji)

(.....)
(.....)
(.....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta



Irdawati, S.Kep., Ns., M.Si.Med

NIK. 753

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam publikasi ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya di atas, maka akan saya pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, 28 Mei 2021

Penulis



LALANG AKHSANUL INSAN

J210170077

GAMBARAN FUNGSI KOGNITIF PADA RESPONDEN GAGAL JANTUNG DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS SEBELAS MARET (UNS) SURAKARTA

Abstrak

Congestive Heart Failure (CHF) atau sering dikenal dengan gagal jantung merupakan salah satu penyakit tidak menular sebagai penyebab kematian nomor satu setiap tahunnya. Gagal jantung seringkali tidak muncul dengan sendirinya melainkan disertai dengan penyakit penyerta antara lain adalah gangguan pernafasan, disfungsi renal, anemia, gangguan kognitif (disfungsi serebral), depresi, dan arthritis. Penyebab dari gangguan fungsi kognitif pada responden gagal jantung adalah hipoperfusi serebral yang mengakibatkan abnormalitas serebral dan abnormalitas aliran darah regional yang signifikan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis gambaran fungsi kognitif pada responden gagal jantung di RSUD UNS Surakarta. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan metode penelitian analisis deskriptif, yaitu untuk meringkas, mengklasifikasi, dan menyajikan data. Sampel pada penelitian ini adalah responden gagal jantung yang menjalani rawat jalan di Instalasi Rawat Jalan RSUD UNS Surakarta sebanyak 110 responden. Teknik pengambilan sampel menggunakan *Accidental Sampling*. Sedangkan instrument penelitian terkait fungsi kognitif diperoleh melalui kuesioner *Cognitive Appraisal of Health Scale* (CAHS). Hasil data yang diperoleh responden yang masuk ke dalam kategori ancaman sebanyak 58,2%, responden yang masuk ke dalam kategori tantangan sebanyak 23,6%, responden yang masuk ke dalam kategori bahaya/merugikan sebanyak 18,2%. Maka dapat disimpulkan bahwa responden yang melakukan rawat jalan di Instalasi Rawat Jalan RSUD UNS Surakarta mayoritas masuk ke dalam kategori ancaman.

Kata Kunci : Fungsi Kognitif, Gagal Jantung

Abstract

Congestive Heart Failure (CHF) or often known as heart failure is one of the non-communicable diseases as the number one cause of death every year. Heart failure often does not appear on its own but is accompanied by comorbidities, including respiratory problems, renal dysfunction, anemia, cognitive impairment (cerebral dysfunction), depression, and arthritis. The cause of impaired cognitive function in heart failure patients is cerebral hypoperfusion which results in significant cerebral abnormalities and regional blood flow abnormalities. The purpose of this study was to determine and analyze the description of cognitive function in heart failure patients at RSUD UNS Surakarta. This type of research is quantitative with descriptive analysis research methods, namely to summarize, classify, and present data. The sample in this study was 110 patients with heart failure who were undergoing outpatient care at the Outpatient Installation of the UNS Surakarta Hospital. The sampling technique uses *Accidental Sampling*. While the research instrument related to cognitive function was obtained through the *Cognitive Appraisal of Health Scale* (CAHS) questionnaire. The results of the data obtained by respondents who fall into the threat category are 58.2%, respondents who fall

into the challenge category are 23.6%, respondents who fall into the hazard / detriment category are 18.2%. So it can be concluded that the majority of patients undergoing outpatient care at the Outpatient Installation of the UNS Surakarta Hospital fall into the threat category.

Keywords: Cognitive Function, Heart Failure

1. PENDAHULUAN

Penyakit kardiovaskular merupakan penyebab kematian nomor satu di dunia, hal ini dikarenakan penyakit kardiovaskuler menyebabkan 17,3 juta kematian per tahun dimana angka ini diperkirakan akan terus meningkat menjadi lebih dari 23,6 juta di tahun 2030 (Mozaffarian et al., 2015). Salah satu penyakit kardiovaskuler yang menjadi penyakit dengan tingkat kematian tinggi ialah gagal jantung. Data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan Indonesia pada tahun 2018, prevalensi penyakit gagal jantung di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter diperkirakan sebanyak 1,5% atau sekitar 1.017.290 orang. Prevalensi penyakit gagal jantung berdasarkan diagnosis dokter di Provinsi Jawa Tengah berada di posisi tertinggi ketiga di Indonesia dengan prevalensi sebanyak 132.565 orang atau sekitar 1,6% (Kemenkes RI, 2018).

Di Surakarta terdapat data tentang responden dengan penyakit jantung yang menjalani rawat jalan di Rumah Sakit Umum Universitas Sebelas Maret (RSU UNS) Surakarta pada bulan Agustus hingga Oktober tahun 2020 sebanyak 1122 responden rawat jalan di instalasi rawat jalan penyakit jantung Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS). Dari total 1122 responden di rawat jalan RS UNS, sebanyak 62,47% responden laki-laki dan 37,52% Perempuan. Menurut Hajduk (2013), penurunan fungsi kognitif terjadi sebanyak 25% sampai 85% pada responden gagal jantung. Berdasarkan penelitian, responden gagal jantung memiliki resiko dua kali lipat mengalami penurunan fungsi kognitif dibandingkan penurunan fungsi kognitif pada kelompok umur yang sama tanpa gagal jantung, terutama pada fungsi memori, kecepatan psikomotor, atensi, dan fungsi eksekutif.

Terkait patofisiologi terjadinya penurunan fungsi kognitif pada responden gagal jantung masih belum diketahui dengan jelas. Maka dari itu

pemahaman terhadap proses yang mendasari terjadinya penurunan fungsi kognitif serta identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi fungsi kognitif pada responden gagal jantung akan menuntun klinisi untuk bisa mengenali responden gagal jantung yang beresiko mengalami penurunan kondisi dan kualitas hidup responden (Hajduk et al., 2013). Karena perihal tersebut, peneliti ingin mengetahui lebih dalam mengenai gambaran fungsi kognitif pada responden gagal jantung di RS Universitas Sebelas Maret (UNS).

2. METODE

Penelitian gambaran fungsi kognitif pada responden gagal jantung yang dilakukan menggunakan metode kuantitatif dengan jenis penelitian analisis deskriptif. Penelitian dengan analisis deskriptif berfungsi untuk meringkas, mengklasifikasi, dan menyajikan data (Hidayat, 2013). Desain deskriptif adalah penelitian yang bertujuan memberikan gambaran tentang suatu gejala atau suatu masyarakat tertentu. Penelitian deskriptif bias harus diperkecil kesalahannya dan tingkat keyakinan harus maksimal. Salah satu penelitian deskriptif meliputi salah satunya penelitian yang menggambarkan karakter suatu kelompok orang tertentu (Sukandarrumidi, 2012).

Dalam penelitian ini menggunakan teknik Accidental sampling. Accidental sampling merupakan pengambilan sampel secara accidental dengan mengambil responden yang kebetulan ada disuatu tempat yang sesuai dengan tempat penelitian (Notoatmodjo, 2010). Sehingga dalam teknik accidental sampling ini peneliti mengambil responden pada saat itu juga di Instalasi Rawat Jalan Penyakit Jantung RSU UNS Surakarta. Penggunaan Accidental Sampling ini dikarenakan tidak semua responden di instalasi rawat jalan jantung datang untuk memeriksakan kondisi gagal jantung, karena bisa saja responden datang ke instalasi rawat jalan penyakit jantung dengan kondisi penyakit jantung lain. Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner *Cognitive Appraisal of Health Scale* (CAHS). Sampel yang dibutuhkan adalah 110 responden. Setelah mendapatkan sampel yang memenuhi kriteria inklusi, peneliti akan bertanya tentang kesediaan menjadi

responden, jika responden bersedia menjadi responden maka responden menandatangani surat persetujuan menjadi responden sebelum responden mengisi kuesioner yang telah diberikan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan terhadap 110 responden gagal jantung di Instalasi Rawat Jalan RSUD UNS Surakarta pada tanggal 8 Maret 2021 sampai dengan tanggal 1 April 2021. Adapun karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi Usia, Jenis Kelamin, dan Pendidikan dapat disajikan pada tabel 1 berikut.

Tabel 1. Distribusi Karakteristik Responden yang meliputi Usia, Jenis Kelamin, dan Pendidikan

Keterangan	Perlakuan	
	N	%
Usia (tahun) :		
35-55	33	30.0
56-75	73	66.4
76-90	4	3.6
Jenis Kelamin :		
Laki-laki	70	63.6
Perempuan	40	36.4
Pendidikan :		
SD	27	24.5
SMP	16	14.5
SMA/SMK	43	39.1
DIPLOMA	9	8.2
SARJANA (S1)	14	12.7
DOKTOR (S3)	1	0.9

Berdasarkan Tabel 1. tersebut dapat diketahui bahwa dilihat dari jenis usia, mayoritas responden memiliki usia antara 56-75 tahun yaitu sebanyak 73 orang (66,4%) dan yang terendah jumlahnya adalah responden yang berusia 76-90 tahun yaitu sebanyak 4 orang (3,6%). Jenis kelamin mayoritas laki-laki sebanyak 70 orang (63,6%) dan yang memiliki jenis kelamin perempuan sebanyak 40 orang (36,4%). Menurut tingkat pendidikan, terdapat responden yang hanya lulus jenjang Sekolah Dasar (SD) sebanyak

27 orang (24,5%), sedangkan yang lulus jenjang Sekolah Menengah Pertama (SMP) sebanyak 16 orang (14,5%), lulus jenjang Sekolah Menengah Atas/Sekolah Menengah Kejuruan (SMA/SMK) sebanyak 43 orang (39,1%), lulus Perguruan Tinggi Diploma sebanyak 9 orang (8,2%), lulus Sarjana (S1) sebanyak 14 orang (12,7%), serta yang lulus Doktor (S3) sebanyak 1 orang (0,9%). Hal ini berarti mayoritas responden yang dijadikan sebagai responden penelitian adalah yang merupakan lulusan SMA/SMK yaitu sebanyak 43 orang (39,1%) dan responden yang terkecil jumlahnya adalah responden yang lulus dari perguruan tinggi dengan gelar Doktor (S3) sebanyak 1 orang (0,9%).

Berdasarkan hasil penelitian ini didapatkan, dari 110 responden gagal jantung yang telah dilakukan wawancara terkait Cognitive Appraisal of Health Scale (CAHS), 63,6% diantaranya berjenis kelamin laki-laki dimana kelompok usia tertinggi adalah golongan usia lansia yaitu sebesar 66,4% dengan rata-rata usia responden 60,5 tahun dimana responden paling banyak berusia 61 tahun. Hal ini sejalan dengan data dari Framingham Study dimana insiden gagal jantung meningkat seiring dengan peningkatan usia dan lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Diperkirakan gagal jantung memiliki dampak mencapai 2,5% pada populasi berusia ≥ 45 tahun. Studi tersebut menyatakan bahwa pada kelompok usia ≥ 45 tahun terdapat 7,2 kasus/1000 laki-laki dan 4,2 kasus/1000 perempuan selama 1 tahun (30). Hal ini dapat disebabkan karena besarnya faktor resiko pada laki-laki dibanding wanita seperti merokok, obesitas, dan hipertensi (Ogden, 2001).

Penelitian ini memperlihatkan tingginya jumlah penyakit gagal jantung pada responden dengan tingkat pendidikan dibawah perguruan tinggi (SMA/SMK 39,1%, SMP 14,5%, dan SD 24,5%). Hal ini sejalan dengan studi The First National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) yang menyatakan bahwa resiko penyakit gagal jantung meningkat dengan adanya tingkat pendidikan yang rendah yakni tingkat SMA/SMK (RR=1,35), namun pada penelitian ini terdapat sedikit

perbedaan dimana jumlah responden dengan tingkat pendidikan SMA/SMK juga memiliki persentase yang sama (39,1%) (Ogden, 2001).

Adapun karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi Status Tinggal, Lama Menderita, Riwayat Merokok, dan Riwayat Penyakit dapat disajikan pada tabel 2. berikut.

Tabel 2. Distribusi Karakteristik Responden yang meliputi Status Tinggal, Lama Menderita, Riwayat Merokok, dan Riwayat Penyakit

Keterangan	Perlakuan	
	N	%
Status Tinggal :		
Sendiri	7	6.4
Dengan Keluarga	103	93.6
Lama Menderita :		
1-12 Bulan	49	44.5
1,5-3 Tahun	46	41.8
4-5 Tahun	5	4.5
>5 Tahun	10	9.1
Riwayat Merokok :		
Ada	53	48.2
Tidak Ada	57	51.8
Riwayat Penyakit :		
Ada	37	33.6
Tidak Ada	73	66.4

Berdasarkan Tabel 2. tersebut, didapatkan hasil bahwa responden mayoritas tinggal dengan keluarganya yaitu sebanyak 103 orang (93,6%) dan responden yang tinggal sendiri sebanyak 7 orang (6,4%). Hal ini sesuai karena responden dapat secara mandiri beraktivitas dan mendapat dukungan keluarga dalam aspek finansial dan informasi. Kemudahan komunikasi seperti penggunaan fasilitas telepon akan memudahkan anggota keluarga dalam memberikan dukungan kepada responden dalam kehidupan sehari-hari. Menurut Ruwaida (2005), menyatakan dukungan keluarga mempunyai manfaat seperti meningkatkan produktivitas, peningkatan identitas diri, peningkatan self care pada diri sendiri, mencegah psikopatologi, dan mengurangi stress. Keluarga juga dapat memberikan dukungan baik kepada responden baik dalam bentuk emosional. Dukungan emosional dari anggota keluarga dapat membantu keperluan responden terutama jika responden

mengalami sakit. Bentuk dukungan lain yaitu dukungan informatif dengan memberikan informasi yang bermanfaat bagi responden seperti masalah kesehatan dan adapun dukungan instrumental dimana dapat diwujudkan dalam memberikan bantuan finansial untuk keperluan responden dalam kehidupan sehari-hari.

Lama menderita responden gagal jantung selama 1-12 Bulan sebanyak 49 orang (44,5%), lalu responden yang lama menderita gagal jantung selama 1,5-3 Tahun sebanyak 46 orang (41,8%), lama menderita gagal jantung selama 4-5 Tahun sebanyak 5 orang (4,5%), dan responden yang lama menderita gagal jantung selama lebih dari 5 Tahun sebanyak 10 orang (9,1%).

Dilihat tabel 2. diatas didapatkan hasil bahwa responden pernah memiliki riwayat merokok sebanyak 53 orang (48,2%) dan responden yang tidak memiliki riwayat merokok sebanyak 57 orang (57,8%). Dari hasil tersebut berarti mayoritas responden gagal jantung tidak memiliki riwayat merokok. Hal ini berarti mayoritas responden gagal jantung dengan jenis kelamin laki-laki memiliki riwayat merokok. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Savia (2013) dimana resiko kematian akan bertambah dengan banyaknya merokok dan usia awal merokok yang lebih dini. Merokok sebatang setiap hari akan meningkatkan tekanan sistolik 10-25 mmHg dan menambah detak jantung 5-20 kali per menit. Merokok dapat beresiko mengakibatkan 80% mengalami kanker paru dan 50 % terjadi serangan jantung, impotensi dan gangguan kesuburan.

Responden yang memiliki riwayat penyakit lain/komorbid sebanyak 37 orang (33,6%) dan responden yang tidak memiliki riwayat penyakit lain/komorbid sebanyak 73 orang (66,4%). Dari 33,6% responden gagal jantung yang memiliki riwayat penyakit, 10% diantaranya memiliki riwayat penyakit hipertensi. Setelah itu, juga terdapat responden yang memiliki riwayat penyakit hiperglikemi yaitu sebanyak 6 orang (5,5%). Hal ini sejalan dengan penelitian observasi di New Heaven tahun 2003 mendapatkan hasil hipertensi sebagai komorbid sebanyak 60% pada

penderita gagal jantung. Hipertensi dapat menjadi faktor resiko terjadinya gagal jantung, di sisi lain hipertensi yang tidak terkontrol juga bertindak sebagai penyakit penyerta pada gagal jantung dengan etiologi lain. Baik hipertensi sistolik maupun diastolik sering timbul pada lebih dari separuh orang berusia lebih dari 65 tahun (Hunt, 2009).

Lalu, karakteristik responden dalam penelitian ini meliputi Nilai Ejeksi Fraksi dan NYHA dapat disajikan pada tabel 3. berikut.

Tabel 3. Distribusi Karakteristik Responden yang meliputi Nilai Ejeksi Fraksi dan NYHA

Keterangan	Perlakuan	
	N	%
Ejeksi Fraksi (%) :		
<30.0%	14	12.7
30.1-40.0%	44	40.0
40.1-50.0%	40	36.4
>50.1%	12	10.9
NYHA :		
NYHA I	47	42.7
NYHA II	37	33.6
NYHA III	25	22.7
NYHA IV	1	0.9

Berdasarkan Tabel 3. tersebut, didapatkan hasil bahwa nilai ejeksi fraksi responden gagal jantung yang <30% sebanyak 14 orang (12,7%), nilai ejeksi fraksi 30.1-40.0% sebanyak 44 orang (40,0%), nilai ejeksi fraksi 40.1-50.0% sebanyak 40 orang (36,4%), dan nilai ejeksi fraksi >50.1% sebanyak 12 orang (10,9%). Menurut Aspiani (2010), nilai Ejeksi Fraksi berpengaruh dalam mengkategorikan NYHA dimana semakin rendah nilai ejeksi fraksi, maka semakin tinggi tingkat NYHA atau semakin parah tingkat tanda dan gejala muncul pada responden gagal jantung.

Kategori NYHA I didapatkan hasil sebanyak 47 orang (42,7%), NYHA II sebanyak 37 orang (33,6%), NYHA III sebanyak 25 orang (22,7%), dan NYHA IV sebanyak 1 orang (0,9%). Jadi mayoritas responden jarang muncul tanda dan gejala dari gagal jantung serta masih mampu untuk melakukan aktivitas atau pekerjaan sehari-hari. Nilai ejeksi

fraksi tidak terdapat hubungan dengan pengkategorian kelas NYHA dimana mayoritas sebanyak 40% responden gagal jantung yang memiliki nilai ejeksi fraksi antara 30,1%-40% sedangkan mayoritas kelas NYHA pada penelitian ini adalah NYHA I yaitu sebanyak 42,7%. Hal ini sejalan dengan studi SOLVD, PROMISE, GESICA memakai batasan fraksi ejeksi < 35% untuk gagal jantung yang berat (NYHA III-IV), namun ada juga studi yang memakai batasan fraksi ejeksi <40% untuk yang berat (Hunt, 2009). Tidak terdapat hubungan kelas NYHA dengan fraksi ejeksi dapat terjadi karena faktor peningkatan dan penurunan fraksi ejeksi yang tidak stabil yang dipengaruhi oleh faktor pemberian dan pemakaian dosis obat yang tidak optimal. Faktor lain yang dapat mempengaruhi kelas NYHA adalah usia, durasi gagal jantung, penyakit lain seperti gagal ginjal kronik dan angina pectoris, penggunaan diuretik, tekanan vena jugularis, edema ekstremitas bawah, dan kongesti paru (Hauptman, 2008).

3.2 Analisis Data

Gambaran persentase *Cognitive Appraisal of Health Scale* (CAHS) dalam penelitian ini dapat disajikan pada tabel 4 berikut.

Tabel 4. Gambaran persentase *Cognitive Appraisal of Health Scale* (CAHS) pada responden gagal jantung di Instalasi Rawat Jalan RSU UNS Surakarta

Kategori <i>Cognitive Appraisal of Health Scale</i> (CAHS)	Perlakuan	
	N	%
Ancaman	64	58.2
Tantangan	26	23.6
Bahaya/merugikan	20	18.2

Berdasarkan tabel 4. diperoleh hasil bahwa responden yang masuk ke dalam kategori ancaman sebanyak 64 orang (58,2%), lalu responden yang masuk ke dalam kategori tantangan sebanyak 26 orang (23,6%), dan responden yang masuk ke dalam kategori bahaya/merugikan sebanyak 20 orang (18,2%). Jadi, mayoritas responden masuk ke dalam kategori ancaman yaitu sebanyak 64 orang (58,2%).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ahmad, M. M. (2010), dimana yang dimaksud dalam kategori ancaman adalah kerugian yang

dialami oleh responden yang berpengaruh pada kesehatannya namun masih bisa untuk diatasi dengan merubah pola koping pada responden dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialaminya. Sedangkan kategori tantangan adalah responden yang mengalami masalah kesehatan masih memiliki kesempatan untuk tumbuh dan melakukan terapi pengobatan dengan cara apapun untuk memperoleh status kesehatan yang lebih baik. Lalu, untuk kategori bahaya/merugikan adalah mengacu pada kerusakan status kesehatan individu yang telah dialami seperti hambatan dalam mobilitas dan lain lain

Mayoritas responden masuk ke dalam kategori ancaman yaitu sebanyak 64 responden (58,2%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ahmad, M. M. (2010) terhadap 133 responden dengan NYHA I-NYHA III dimana didapatkan mayoritas responden masuk kedalam kategori ancaman yaitu sebanyak 53%. Hal ini dikarenakan responden merasa takut dan khawatir akan penyakit yang dialaminya, sehingga mempengaruhi fungsi kognitif pada responden. Hal ini terdapat pada hasil tabulasi data dimana dari 110 responden yang telah dilakukan wawancara dan pengisian kuesioner, 41 responden (37,3%) setuju dengan pernyataan “Saya takut dengan masalah kesehatan yang saya alami saat ini”.

Dalam hasil *crosstabs* antara karakteristik responden didapatkan hasil adanya korelasi antara karakteristik responden dengan hasil fungsi kognitif yang mayoritas responden masuk ke dalam kategori ancaman dimana sebagian besar responden cenderung takut dan memiliki mekanisme koping yang kurang dalam menghadapi masalah kesehatan yang dialaminya. Hal ini juga dipengaruhi oleh faktor tingkat pendidikan responden yang mayoritas adalah dibawah jenjang perguruan tinggi. Hasil dari *crosstabs* tersebut sejalan dengan studi *The First National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) yang menyatakan bahwa resiko penyakit gagal jantung meningkat dengan adanya tingkat pendidikan yang rendah yakni tingkat SMA/SMK. Hal ini juga mempengaruhi mekanisme kognitif pada responden dimana proses penalaran dan pemecahan masalah masih

cenderung kurang sehingga berpengaruh pada status kesehatan yang semakin memburuk (Ogden, 2001).

Menurut Lazarus (1984) dimana bagaimana individu menilai suatu masalah kesehatan yang berpotensi menimbulkan stres berpengaruh pada perubahan dalam status kesehatan yang dialami oleh individu. Karakteristik individu dan mekanisme fungsi kognitif juga berpengaruh dalam proses berpikir dan menalar dalam menghadapi masalah kesehatan yang dialaminya sehingga individu melakukan respon kognitif yang dianggap sebagai stres penuh.

4. PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Karakteristik responden dalam penelitian diperoleh bahwa sebagian besar responden memiliki rentang usia 56-75 tahun (*Elderly*), berjenis kelamin laki-laki, tingkat pendidikan terakhir SMA/SMK, status tinggal ditemani oleh keluarganya, lama menderita yaitu rentang 1-12 bulan, mayoritas responden tidak memiliki riwayat merokok, tidak memiliki riwayat penyakit lainnya, memiliki rentang nilai fraksi ejeksi 30,1%-40%, dan dikategorikan ke dalam NYHA I.

Sebagian besar gangguan fungsi kognitif responden gagal jantung berdasarkan penilaian *Cognitive Appraisal of Health Scale* (CAHS) adalah masuk ke dalam kategori ancaman.

4.2 Saran

Bagi responden sebaiknya responden lebih memperhatikan kesehatannya dengan aktif dan mematuhi anjuran yang telah diberikan oleh petugas kesehatan baik dalam melakukan aktivitas fisik, memeriksakan kesehatannya secara rutin serta mematuhi aturan pengobatan dan menjaga kesehatannya dari berbagai faktor yang dapat menyebabkan gagal jantung serta menggali atau mencari informasi tentang penyakit gagal jantung kepada petugas kesehatan yang ada Rumah Sakit.

Bagi profesi keperawatan dapat digunakan untuk bahan tambahan ilmu pengetahuan perawat. diharapkan perawat dapat memberikan penjelasan atau pengetahuan kepada masyarakat yang dapat dilakukan melalui kegiatan pendidikan kesehatan maupun penyuluhan yang bermanfaat untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat.

Bagi peneliti yang akan datang, keterbatasan dalam penelitian ini dapat digunakan untuk bahan pertimbangan bagi yang ingin meneliti agar hasil penelitian lebih baik. Keterbatasan penelitian ini hanya meneliti salah satu komorbid pada gagal jantung yaitu gangguan fungsi kognitif, sehingga hasil yang didapatkan kurang memuaskan, yang mana sebaiknya untuk peneliti selanjutnya dapat meneliti semua faktor penyebab dan komorbid yang muncul pada gagal jantung agar hasil penelitian memuaskan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, M. M. (2010). Validation of the cognitive appraisal health scale with Jordanian patients. *Nursing and Health Sciences*, 12(1), 74–79. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00492.x>
- Alosco, M. L., Garcia, S., Spitznagel, M. B., Van Dulmen, M., Cohen, R., Sweet, L. H., Josephson, R., Hughes, J., Rosneck, J., & Gunstad, J. (2014). Cognitive performance in older adults with stable heart failure: Longitudinal evidence for stability and improvement. *Aging, Neuropsychology, and Cognition: NIH Public Access*, 21(2). <https://doi.org/10.1080/13825585.2013.818616>
- American Heart Association; (2015); Ejection Fraction Heart Failure Measurement [cited 2020 Sept 14th] <https://www.heart.org/en/health-topics/heart-failure/diagnosing-heart-failure/ejection-fraction-heart-failure-measurement>
- Asikin, M.; Nuralamsyah, M.; Susaldi; Rina Astikawati; Evie Kemala Dewi. (2016). Keperawatan medikal bedah : sistem kardiovaskular/ M. Asikin, M. Nuralamsyah, Susaldi ; editor, Rina Astikawati, Evie Kemala Dewi. Jakarta :: Erlangga,.
- Banerjee, S., McClure, L. A., Wadley, V. G., Manly, J. J., Levine, D. A., Cornell, W., College, M., York, N., & Ny, M. R. S. (2020). The Prevalence of Cognitive Impairment Among Adults with Incident Heart Failure: The Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) Study: *HHS Public Access*. 25(2), 130–136. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2018.12.006>.

- Brunner & Suddarth. (2013). Keperawatan Medikal-Bedah (Edisi 12). Jakarta: EGC.
- Dewi PK. (2017). Perbedaan Komorbid Gagal Jantung Kongestif Pada Usia Lanjut Dengan Usia Dewasa di RS Dr. Kariadi Periode Januari-Desember 2006: *Faculty of Medicine*;1-18.
- Dickson, V. V., Tkacs, N., & Riegel, B. (2007). Cognitive influences on self-care decision making in persons with heart failure. *American Heart Journal*, 154(3), 424–431. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2007.04.058>
- Digiulio, M., Jackson, D., & Keogh, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah (Dwi Prabantini, Penerjemah.). Yogyakarta: Rapha Publishing
- Djaali, H. (2011). Psikologi Pendidikan. Jakarta: Bumi Aksara.
- Follath, F., Yilmaz, M. B., Delgado, J. F., Parissis, J. T., Porcher, R., Gayat, E., Burrows, N., Mclean, A., Vilas-Boas, F., & Mebazaa, A. (2011). Clinical presentation, management and outcomes in the Acute Heart Failure Global Survey of Standard Treatment (ALARM-HF). *Intensive Care Medicine*, 37(4), 619–626. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-2113-0>
- Gottesman RF, Grega MA, Bailey MM, Zeger SL, Baumgartner WA, Mc Khann GM, et al. (2010). Association Between Hypotension, Low Ejection Fraction and Performance in Cardiac Patients. *Behavioural Neurology*, 22(1-2); 63-67. <https://doi.org/10.3233/BEN-2009-0261>
- Hajduk, A. M., Kiefe, C. I., Person, S. D., Gore, J. G., & Saczynski, J. S. (2013). Cognitive change in heart failure: A systematic review. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 6(4), 451–460. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000121>
- Hauptman P, Kaya MW, Heidenreich PA, Chin M, Edwards ML, Dunlap Met al, 2008, Klinik of heart failure: pernyataan konsesus. *HFSA*:14;10-3.
- Hidayat, A. A. (2013). Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data. Jakarta: Salemba Medika.
- Hunt S, Abraham T, Chin M et al. 2009 Focused Update Incorporated Into the ACC/AHA 2005 Guidelines for the Diagnosis and Management of Heart Failure in Adults: A Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practise Guidelines Developed in Collaboration with the International Society for Heart and Lung Transplantation. *J. Am. Coll. Card.* 2009, 53; hal el-e90.
- Irzinarifka., dkk. (2011) . Buku Saku Jantung Dasar. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Kamanjaya D, Karjono BJ. (2014). Hubungan Depresi dan Demensia pada Responden Lanjut Usia dengan Hipertensi Primer. *Faculty of Medicine Diponegoro University*
- Kemenkes, R. I. (2014). Infodatin: Situasi Kesehatan Jantung.Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI, 1-8.

- Kemenkes, R.I. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Jakarta: Kemenkes RI
- Kessler, T. A. (1998). The Cognitive Appraisal of Health Scale: Development and Psychometric Evaluation. *Research in Nursing and Health*, 21(1), 73–82. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199802\)21:1<73::AID-NUR8>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199802)21:1<73::AID-NUR8>3.0.CO;2-Q)
- Lang, C. C., & Mancini, D. M. (2007). Non-cardiac comorbidities in chronic heart failure. *Heart*, 93(6), 665–671. <https://doi.org/10.1136/hrt.2005.068296>
- Levine, G. N. (2014). *Cardiology secrets*. United States of America: Library of Congress Cataloging.
- Luhur PF. (2010). Panduan Pemeriksaan Neurologi dan Neurobehavior. Jakarta: PERDOSSI.
- Mariyono HH, Santoso A. (2011). Gagal Jantung journal of internal medicine; 9 (1)
- Miller, J., Yousef, K. M., Abdulqader, B., & Moser, D. K. (2019). *HHS Public Access*. 47(3), 205–210. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.03.008>.Stress
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., De Ferranti, S., Després, J. P., Fullerton, H. J., Howard, V. J., Huffman, M. D., Judd, S. E., Kissela, B. M., Lackland, D. T., Lichtman, J. H., Lisabeth, L. D., Liu, S., Mackey, R. H., Matchar, D. B., ... Turner, M. B. (2015). Heart disease and stroke statistics-2015 update : A report from the American Heart Association. *In Circulation*, 131 (4): 434-441. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000152>
- Myers, Jamie S (2008). Factors Associated With Changing Cognitive Function in Older Adults: Implications for Nursing Rehabilitation. *Association of Rehabilitation Nurses*, 33 (3): 117-123
- Nasehuddin, Toto Syatori. 2012. Metode Penelitian Kuantitatif. Bandung: Pustaka Setia.
- Norton, C., Georgiopoulos, V.V., Kalogeropoulos, A.P., Butler, J., 2011, Epidemiology and cost of advanced heart failure, *Prog Cardiovasc Dis*, 54 (2): 78-85. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2011.04.002>
- Notoadmojo S. 2010. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta
- Optimal management of patients with failure. [on line] : URL. <http://www.hsrd.houston.med.va.gov/chfqueri/OptimalManagementofPatientsWithHF.html>. 8 Agustus 2006
- Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular Indonesia (PERKI). (2015). Pedoman Tatalaksana Gagal Jantung; 1: 1
- Perneczky, R., Wagenpfeil, S., Komossa, K., Grimmer, T., Diehl, J., & Kurz, A. (2006). Mapping scores onto stages: Mini-mental state examination and

- clinical dementia rating. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2), 139–144. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000192478.82189.a8>
- Pudjiastuti SS, Utomo B. (2013). *Fisioterapi pada lansia*. Editor Monica Ester. Jakarta: EGC
- Pullicino, P. M., Wadley, V. G., McClure, L. A., Monika, M., Lazar, R. M., Klapholz, M., Ahmed, A., Howard, J., & Howard, G. (2009). in Heart Failure : Results From a Population Based. *HHS Public Access*, 14(4), 290–295. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2008.01.003>.FACTORS
- Ramelan R. (2008). *Bahasa dan Kognisi*. Jakarta: Erlangga
- Rushton, C. A., Satchithananda, D. K., Jones, P. W., & Kadam, U. T. (2015). Non-cardiovascular comorbidity, severity and prognosis in non-selected heart failure populations: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology*, 196, 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.05.180>
- Savia Fezi Fichha dkk. (2013). Pengaruh Merokok Terhadap Terjadinya Penyakit Jantung Koroner (Pjk) Di Rsup Dr . Wahidin Sudirohusodo Makassar. *Jurnal Kesehatan*, 1(6), 2–7.
- Sukandarrumidi. 2012. *Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Van Deursen, V. M., Damman, K., Van Der Meer, P., Wijkstra, P. J., Luijckx, G. J., Van Beek, A., Van Veldhuisen, D. J., & Voors, A. A. (2014). Co-morbidities in Heart failure. *Heart Failure Reviews*, 19(2), 163–172. <https://doi.org/10.1007/s10741-012-9370-7>
- Widmer OF. (2011). Comorbidity in heart failure. *Therapeutische Umschan Revue therapeutique*; 68(2): 103-6. <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a000127>
- Ziaieian, B., & Fonarow, G. C. (2016). Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nature Reviews Cardiology*, 13(6), 368–378. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2016.25>